

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 23 septembre 2025

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mmes Berberat et Livet, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], demandeur, représenté par Me Alexandre Guyaz, avocat
à Lausanne,

et

U. _____, à [...], défenderesse.

Art. 61 let. i LPGA ; 100 et 101 LPA-VD

E n f a i t :

A. a) B. _____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né en [...], a travaillé du 15 juin 2019 au 15 décembre 2020 pour le compte de [...] Sàrl, en qualité de personnel de maintenance pour installation électrique à 100 %. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles auprès d'U. _____ (ci-après : U. _____ ou la défenderesse).

Le 28 mai 2020, alors qu'il se trouvait sur un chantier, l'assuré a eu une hernie discale après avoir soulevé un poids lourd, selon la déclaration d'accident de l'employeur du 4 novembre 2020, respectivement il a trébuché à cause d'un câble depuis un escalier pliable situé à 3 mètres du sol, selon la description de l'événement faite par l'assuré le 13 novembre 2020. Il a présenté des douleurs lombaires, cervicales et à l'épaule gauche. Il a été en incapacité de travail totale dès le 28 mai 2020, à 50 % dès le 13 septembre 2020, puis à nouveau à 100 % à partir du 30 septembre 2020. U. _____ a pris le cas en charge.

Par décision du 11 mars 2021, U. _____ a mis un terme au versement des prestations en lien avec le traumatisme rachidien et la survenue de radiculalgie au niveau lombaire au 27 novembre 2020, à défaut de lien de causalité avec l'accident au-delà de cette date, et a constaté que le traitement en lien avec l'épaule gauche était terminé.

Par décision sur opposition du 27 avril 2023, U. _____ a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre cette décision. Elle a relevé que l'accident avait temporairement décompensé un état dégénératif préexistant et avait cessé de déployer ses effets au bout de six mois, les douleurs persistant au-delà de cette date étant dues de manière exclusive aux troubles dégénératifs lombaire et cervical. Elle s'est fondée sur les avis de ses médecins conseils, les Drs P. _____ et A. _____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

b) L'assuré a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 26 mai 2023. Dans le cadre de cette procédure, il a produit un rapport du Dr W._____, spécialiste en neurologie, daté du 19 mai 2023 et adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), qui rappelait que l'assuré avait vécu un traumatisme spinal avec une probable aggravation des pathologies préexistantes. L'assuré s'est en outre prévalu de l'avis de son médecin généraliste traitant, le Dr Q._____.

Par arrêt du 23 septembre 2025 3 décembre 2024 (AA 53/23 - 3/2025), la Cour des assurances sociales a rejeté le recours de l'assuré et confirmé la décision sur opposition rendue le 27 avril 2023 par U._____.

Par courrier du 6 janvier 2025, l'assuré a déposé des déterminations complémentaires, dans lesquelles il a fait valoir que l'accident constituait une cause au moins partielle de son incapacité de travail et avait aggravé son état antérieur à long terme, comme cela ressortait des conclusions des experts du F._____ (ci-après : F._____), mandaté par l'OAI. Dans le rapport d'expertise du 24 juin 2024, qu'il a produit en annexe, les experts ont notamment conclu à l'existence d'un hémisyndrome spastique et parétique gauche et à une paraparésie sur myélopathie séquellaire depuis un niveau C5 d'origine post-traumatique, ainsi qu'à un status post-discectomie antérieure C4-C5, C5-C6 et C6-C7 avec mise en place de trois cages et d'une plaque antérieure de C4 à C7 le 2 février 2022 pour une cervicarthrose avec remaniements majeurs en C4-C5 et C5-C6 responsable d'un rétrécissement canalaire sévère et d'une myélopathie associée. Il a également transmis l'avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 25 juin 2024, qui reconnaissait une pleine valeur probante à cette expertise, ainsi que le rapport final du Service de réadaptation de l'OAI du 29 juillet 2024 et la décision de l'OAI du 15 novembre 2024.

Par courrier du 9 janvier 2025, la Cour de céans a retourné les déterminations du 6 janvier 2025 et ses annexes à l'assuré, en l'informant

qu'un arrêt avait été approuvé en décembre 2024 et lui serait prochainement notifié.

c) Par acte du 12 février 2025, l'assuré a recouru contre l'arrêt du 23 décembre 2024 auprès du Tribunal fédéral et requis une suspension de procédure jusqu'à droit connu sur la procédure de révision qu'il allait engager.

B. Par demande du 8 avril 2025, B._____ a sollicité la révision de l'arrêt de la Cour de céans du 23 décembre 2024 en concluant à l'admission de son recours du 26 mai 2023 et à la réforme de la décision sur opposition du 27 avril 2023 en ce sens qu'U._____ est condamnée à reprendre le versement des prestations légales d'assurance-accidents en sa faveur dès le 28 novembre 2020, subsidiairement à l'admission du recours du 26 mai 2023 et à l'annulation de la décision sur opposition du 27 avril 2023, la cause étant renvoyée à U._____ pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a fait valoir qu'il avait découvert l'existence du motif de révision au plus tôt le 10 janvier 2025, à réception du courrier de la Cour de céans du 9 janvier 2025, par lequel il avait été informé que l'arrêt avait été approuvé et ses déterminations et pièces du 6 janvier 2025 lui ont été retournées, si bien qu'il pouvait s'attendre à ce que celles-ci ne soient pas prises en considération dans le jugement. Il a estimé que les conclusions de l'expertise du F._____, l'appréciation des services de l'OAI et la décision de cet office constituaient des faits nouveaux, respectivement étaient des moyens de preuve attestant de faits nouveaux, qui étaient alors inconnus de la Cour de céans, mais qui étaient survenus avant l'arrêt du 23 décembre 2024 et qui étaient importants dans la mesure où ils remettaient en cause l'appréciation des médecins internes à l'assurance et le refus de prestations d'U._____. Il a estimé que l'expertise du F._____ devait se voir reconnaître une force probante accrue en comparaison de l'avis des Drs P._____ et A._____, qu'elle confirmait l'appréciation des Drs W._____ et Q._____ selon laquelle sa pathologie spinale avait été durablement aggravée par le traumatisme du 28 mai 2020, si bien qu'il existait toujours un lien de causalité naturelle entre l'accident et les atteintes qu'il subissait. Il a

relevé que l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_50/2023 du 14 septembre 2023 mentionné dans l'arrêt de la Cour de céans ne s'appliquait pas dans sa situation puisqu'il existait des lésions structurelles de la colonne vertébrale d'origine traumatique.

Dans sa réponse du 22 mai 2025, U._____ a conclu au rejet de la requête de révision, dans la mesure de sa recevabilité. Elle a estimé que l'assuré avait eu connaissance de l'expertise du F._____ au plus tard dès la notification de la décision de l'OAI du 15 novembre 2024 et que cette expertise reprenait les mêmes diagnostics que ceux déjà posés, si bien que les pièces produites ne contenaient pas de faits nouveaux importants. Elle a relevé que l'expertise ne portait pas sur la causalité des atteintes et que la supposée origine traumatique ou aggravation durable n'était pas mentionnée ni médicalement motivée par les experts, et qu'elle n'était pas non plus établie par imagerie médicale. Elle était d'avis que la jurisprudence fédérale citée par l'assuré demeurait pleinement applicable. Elle a considéré, sur la base de l'expertise, que la myélopathie était uniquement associée et non causée par un trauma, puisqu'elle était due à une arthrose avancée sur un canal cervical étroit, et que le terme post-traumatique constituait un raisonnement *post hoc ergo propter hoc* qui n'était pas admissible en matière d'assurance-accidents.

Par réplique du 24 juin 2025, le conseil de l'assuré a précisé qu'il n'était pas mandaté pour la procédure en matière d'assurance-invalidité, que l'assuré ne lui avait fait parvenir la décision de l'OAI que le 4 décembre 2024, sans avoir pris connaissance de l'expertise du F._____, qu'il avait ensuite consulté le dossier de l'OAI et n'avait alors pas de raisons d'imaginer qu'un jugement allait être imminemment rendu et qu'il devrait déposer des déterminations en urgence. Il était d'avis que l'expertise posait des diagnostics nouveaux dont l'origine était partiellement post-traumatique. Il a cité plusieurs passages de l'expertise qui, selon lui, confirmaient que les experts avaient examiné la causalité naturelle, du moins indirectement, et a rappelé qu'il avait lui-même conclu, dans ses déterminations du 6 janvier 2025, à la mise en œuvre d'une expertise permettant de répondre de manière plus approfondie aux

questions relatives à la causalité naturelle. Il a maintenu que les experts faisaient état d'une aggravation durable, avec des conséquences définitives sur la capacité de travail, qu'ils avaient fondé leur appréciation sur l'imagerie médicale et avaient mis en évidence des lésions structurelles d'origine accidentelle.

Par duplique du 3 juillet 2025, U._____ a fait remarquer que le jugement pouvait être rendu à n'importe quel moment après la transmission de la duplique du 21 novembre 2023, que l'assuré avait connaissance de l'expertise dès sa mise en œuvre, que le rapport d'expertise datait du 24 juin 2024, le projet de décision du 8 août 2024 et la décision formelle de l'OAI du 15 novembre 2024, et que le mandataire de l'assuré connaissait l'existence de la procédure AI dont il pouvait s'informer de l'avancement, étant rappelé que la révision ne devait pas servir à réparer une omission qui aurait pu être évitée par un requérant diligent. Elle a rappelé qu'une appréciation diagnostique différente ne pouvait être considérée comme nouvelle ou importante et estimé normal que les termes « traumatique » et « aggravation » soient évoqués par les experts puisque l'assuré avait subi une péjoration temporaire de son état de santé à la suite du sinistre. Elle a relevé que le diagnostic de contusion n'était pas remis en cause par les experts. Elle a réitéré ses arguments et ajouté que l'événement accidentel n'avait pas été d'une gravité particulière susceptible de provoquer une lésion d'un disque intervertébral sain.

L'assuré s'est encore déterminé le 21 juillet 2025, faisant valoir que ni lui ni son conseil n'avaient manqué de diligence, que le diagnostic de contusion n'était pas repris par les experts et que les diagnostics retenus par le Dr W._____ ne correspondaient pas entièrement à ceux retenus par les experts du F._____, lesquels étaient nouveaux et de nature durable.

E n d r o i t :

1. La présente affaire porte sur la révision de l'arrêt rendu le 23 décembre 2024 (AA 53/23 - 3/2025) par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

2. a) La procédure devant le tribunal cantonal institué pour connaître du contentieux relatif au droit des assurances sociales, conformément aux art. 56 ss LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; RS 830.1), est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021). Cette procédure doit satisfaire aux exigences mentionnées aux lettres a à i de l'art. 61 LPGA. La lettre i de cette disposition prévoit notamment que les jugements sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement. Dans le canton de Vaud, la procédure de révision d'un jugement cantonal est régie par les art. 100 ss LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36).

b) Aux termes de l'art. 100 LPA-VD, un jugement peut être annulé ou modifié, sur requête, s'il a été influencé par un crime ou un délit (al. 1 let. a) ou si le requérant invoque des faits ou des moyens de preuve importants qu'il ne pouvait pas connaître lors de la première décision ou dont il ne pouvait pas ou n'avait pas de raison de se prévaloir à l'époque (al. 1 let. b). Les faits nouveaux survenus après le prononcé du jugement ne peuvent donner lieu à une demande de révision (al. 2). L'art. 101 LPA-VD prévoit que la demande de révision doit être déposée dans les nonante jours dès la découverte du moyen de révision ; dans le cas mentionné à l'art. 100 al. 1 let. b, le droit de demander la révision se périmé en outre par dix ans dès la notification de la décision ou du jugement visé. L'autorité ayant rendu le jugement visé statue sur la demande de révision (art. 102 LPA-VD).

c) Le moment à partir duquel la partie aurait pu découvrir le motif de révision invoqué se détermine selon le principe de la bonne foi. Le délai de 90 jours pour faire valoir un motif de révision commence à

courir dès le moment où la partie a une connaissance suffisamment sûre du fait nouveau ou du moyen de preuve déterminant pour pouvoir l'invoquer, même si elle n'est pas en mesure d'en apporter une preuve certaine. Une simple supposition, voire des rumeurs, ne suffisent pas et ne sont pas susceptibles de faire débiter le délai de révision. S'agissant plus particulièrement d'une preuve nouvelle, le requérant doit pouvoir disposer d'un titre l'établissant ou en avoir une connaissance suffisante pour en requérir l'administration (ATF 143 V 105 consid. 2.4 et les références ; TF 8C_709/2020 du 6 septembre 2021 consid. 3.1.2).

d) Saisie d'une demande de révision, l'autorité la déclare irrecevable lorsque les conditions de forme, relatives aux délais, aux conclusions et à la motivation de la demande ne sont pas respectées. Si les motifs de révision ne sont pas réalisés, elle rejette la demande. Lorsque l'autorité constate que le moyen allégué à l'appui de la demande de révision aurait pu être invoqué à un stade antérieur de la procédure, on peut hésiter sur la question de savoir si elle doit refuser d'entrer en matière ou rejeter la demande (TF 1P.320/1996 du 24 janvier 1997 consid. 1c ; Benoît Bovay/Thibault Blanchard/Clémence Grisel Rapin, Procédure administrative vaudoise, LPA-VD annotée, Bâle 2021 n° 2 ad art. 105 LPA-VD).

e) En l'espèce, la demande de révision introduite le 8 avril 2025 contre l'arrêt rendu le 23 décembre 2024 par la Cour de céans a été déposée devant l'autorité compétente pour en connaître (art. 102 LPA-VD). La question de savoir si elle est intervenue dans le délai légal de nonante jours (art. 101 LPA-VD) dès la découverte du moyen de révision sera examinée ci-dessous, étant donné qu'il convient en l'espèce de déterminer si les faits invoqués, respectivement les moyens de preuve produits, auraient pu l'être à un stade antérieur de la procédure.

3. a) La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral

fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110). Sont nouveaux, au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où des allégations de faits étaient encore recevables dans la procédure principale, mais qui n'étaient pas connus de la partie requérante malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment de la partie requérante. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 144 V 245 consid. 5.1s. ; 143 V 105 consid. 2.3).

b) En cas de production d'une nouvelle expertise médicale, celle-ci ne constitue pas un motif de révision procédurale si elle porte uniquement sur l'appréciation du dossier médical sans apporter de constatations médicales nouvelles. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment de la décision principale, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la décision principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; TF 8C_612/2024 du 24 avril 2025 consid. 3.1.2).

c) La révision ne permet pas de supprimer une erreur de droit, de bénéficier d'une nouvelle interprétation, d'une nouvelle pratique ou

d'obtenir une nouvelle appréciation de faits connus lors de la décision dont la révision est demandée (TF 8D_10/2022 du 2 mai 2023 consid. 4.1.2). Elle ne permet pas non plus de rediscuter l'argumentation juridique contenue dans l'arrêt dont la révision est demandée (TF 1F_15/2020 du 24 juin 2020 consid. 2).

4. a) En l'occurrence, le requérant considère que sa demande de révision est intervenue en temps utile dans la mesure où il n'a appris qu'à réception du courrier de la Cour de céans du 9 janvier 2025 qu'un arrêt avait déjà été rendu et que, dès lors, ses nouvelles déterminations du 6 janvier 2025, ainsi que les pièces produites, n'allaient pas être prises en compte dans cet arrêt. Or, le délai de 90 jours part à partir de la découverte du motif de révision et non pas du moment où l'assuré est informé qu'un arrêt a été rendu. Le mandataire de l'assuré indique à cet égard qu'il a reçu l'ensemble du dossier de l'OAI courant décembre 2024 (réplique p. 2). Ce faisant, il admet qu'il disposait de tous les faits et moyens de preuve invoqués dans sa demande de révision dès ce moment-là, si bien que la demande de révision, déposée plus de trois mois après, le 8 avril 2025, apparaît déjà pour cette raison tardive, étant précisé que la voie de la révision était en l'occurrence ouverte dès le moment où l'arrêt a été rendu, le 23 décembre 2024.

b) L'assuré soutient que le rapport d'expertise réalisé le 24 juin 2024 dans la procédure AI apporte des éléments nouveaux dont son conseil n'a eu connaissance qu'en décembre 2024 et qu'il n'a pas pu produire avant que la Cour de céans ne statue le 23 décembre 2024.

L'assuré savait toutefois bien avant décembre 2024 qu'une expertise avait été mise en œuvre dans le cadre de l'instruction AI puisqu'il a été convoqué par le F. _____ à cet effet les 11 et 24 avril 2024. Il pouvait ainsi savoir, à tout le moins à réception du projet de décision de l'OAI, soit début août 2024, que le rapport d'expertise avait été déposé puisque l'OAI était en mesure de statuer, en se déterminant sur sa capacité de travail. S'il avait agi avec la diligence requise, il aurait pu obtenir rapidement une copie de ce rapport d'expertise de la part de

l'OAI, ainsi que des prises de position des services médical et de réadaptation, et les transmettre à son conseil qui aurait ainsi pu produire ces pièces bien avant que la CASSO ne rende son arrêt en décembre 2024.

Le manque de diligence de l'assuré est opposable à son conseil. Il incombait en effet à l'assuré de fournir à son mandataire toutes les informations utiles, en particulier de le tenir informé de la réalisation d'une expertise. C'est également en vain que le conseil du requérant se prévaut du fait que son client ne l'avait pas informé de l'existence de cette expertise. Même s'il n'était consulté que pour la procédure en matière d'assurance-accidents, il savait qu'une procédure AI était également en cours, puisqu'il a notamment produit, le 2 octobre 2023, un rapport du Dr W._____ adressé le 19 mai 2023 à l'OAI. Le conseil du requérant devait ainsi s'enquérir auprès de son client de l'avancement de cette procédure.

Le rapport d'expertise du F._____, les prises de position des services de l'OAI et l'intention de cet office d'octroyer une rente d'invalidité à l'assuré ne constituent dès lors pas des faits nouveaux ou des preuves nouvelles qui n'auraient pas pu être invoquées ou produites dans le cadre de la procédure initiale. C'est le lieu de rappeler que la révision procédurale est un moyen subsidiaire par rapport aux voies de droit ordinaires et qu'elle ne doit pas servir à réparer une omission qui aurait pu être évitée par un requérant diligent (TF 8C_583/2008 du 9 juin 2009 consid. 4.2 et la référence).

Il résulte de ce qui précède que la demande de révision doit être écartée dans la mesure où les faits invoqués et les moyens de preuve produits ne sont pas nouveaux.

c) Par surabondance, il convient de relever que les moyens de preuve produits à l'appui de la présente demande de révision ne contiennent, quoi qu'il en soit, pas de faits nouveaux importants.

L'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré par l'OAI (projet de décision du 8 août 2024 suivi de la décision du 15 novembre 2024) au

motif que sa capacité de travail ne peut pas être mise en valeur sur le marché de l'emploi (avis de son service de réadaptation du 29 juillet 2024) demeure en effet sans importance sur le litige en matière d'assurance-accidents, dans la mesure où il s'agissait de déterminer si les atteintes présentées par l'assuré au-delà du 27 novembre 2020 pouvaient toujours être considérées, au degré de la vraisemblance prépondérante, comme des conséquences à tout le moins partielles de l'événement du 28 mai 2020.

Quant à l'expertise du F. _____ du 24 juin 2024, à laquelle le SMR a reconnu une pleine valeur probante (avis du 25 juin 2024), elle ne contient pas de constatations médicales nouvelles, quoi qu'en dise l'assuré. L'arrêt du 23 décembre 2024 mentionne en effet déjà l'existence d'une myélopathie cervicale, d'un canal cervical étroit, d'une cervicarthrose, de troubles de la marche, ainsi que de troubles sensitifs et moteurs (cf. rapport du Dr W. _____ du 21 septembre 2021, rapport du Dr Q. _____ du 26 septembre 2022 cités dans cet arrêt). Les diagnostics posés par les experts dont l'assuré se prévaut ne sont dès lors pas nouveaux.

En outre, il faut souligner que cette expertise porte sur le caractère incapacitant des atteintes présentées par l'assuré (cf. « contexte du mandat d'expertise et faits médicaux » en page 2 du rapport d'expertise) et non sur l'existence d'un lien de causalité entre ces atteintes et l'événement du 28 mai 2020. Dans ce cadre, on ne saurait tirer des conclusions relatives à la causalité au-delà du 27 novembre 2020 sur la seule utilisation du terme « post-traumatique » qu'on retrouve dans le rapport d'expertise. D'ailleurs, si les experts retiennent notamment, parmi les diagnostics incapacitants, la présence d'un hémisyndrome spastique et parétique gauche et paraparésie sur myélopathie séquellaire depuis un niveau C5 d'origine post-traumatique, ils précisent cependant, dans la motivation de ce diagnostic, qu'il s'agit d'un tableau d'atteinte médullaire avec myélopathie cervicale compressive séquellaire depuis un niveau C5 liée à une cervicarthrose avancée sur une sténose congénitale du canal spinal cervical associé à un status post-traumatique (expertise p.

8). Or, l'existence d'une influence de l'événement accidentel sur l'état de santé de l'assuré n'est pas un élément nouveau puisque, dans l'arrêt du 23 décembre 2024, il a été tenu compte du fait que l'accident du 28 mai 2020 avait pu aggraver temporairement les atteintes rachidiennes de l'assuré. Force est de constater que les experts n'avancent aucun élément médical nouveau en lien avec la causalité entre l'accident et les atteintes de l'assuré.

5. a) La demande de révision doit par conséquent être rejetée, dans la mesure où elle est recevable.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie demanderesse, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. La demande de révision est rejetée, dans la mesure où elle est recevable.

- II. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Alexandre Guyaz (pour B. _____),
- U. _____,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :